

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN

CONDADO DE _____

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Emisión excesiva de estampillas para comida y cuenta inactiva de EBT

Fecha de la notificación : _____
Nombre del caso : _____
Número del trabajador : _____
Número : _____
Teléfono : _____
Dirección : _____

(ADDRESSEE)

┌

└

┌

└

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

Audiencia con el Estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En la siguiente página se le explica cómo solicitarla. Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes de que esta acción entre en vigor.

EMISIÓN EXCESIVA EN RELACIÓN A SU CUENTA

Nuestros expedientes indican que usted tiene pendiente una emisión excesiva de \$ _____ en beneficios de estampillas para comida.

Nuestros expedientes también indican que por más de 180 días, usted no ha usado los beneficios de estampillas para comida en su cuenta de EBT (Programa de Transferencia Electrónica de Beneficios).

DEBIDO A QUE USTED NO HA USADO SU CUENTA DE EBT POR 180 DÍAS, LOS BENEFICIOS DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA EN SU CUENTA DE EBT SE USARÁN PARA REEMBOLSAR SU EMISIÓN EXCESIVA DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA, A MENOS QUE USTED SE COMUNIQUE CON NOSOTROS ANTES DE QUE PASEN 10 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SE LE ENVIÓ ESTA NOTIFICACIÓN.

USTED TIENE QUE HACER LO SIGUIENTE:

Comunicarse con el Condado antes de que pasen 10 días a partir de la fecha en que se le envió esta notificación si no quiere que se apliquen a su emisión excesiva sus beneficios de estampillas para comida. Si no se comunica con el Condado, dichos beneficios se usarán para reembolsar su emisión excesiva.

Reglas: Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes: MPP 16-120.12 y 16-750.12.

